

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

POUR

N° 518

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898, à 9 heures

PAR

D. PAPPADATOS

ÉTUDE

SUR

LE VARICOCÈLE

Président : M. LE DENTU, professeur.

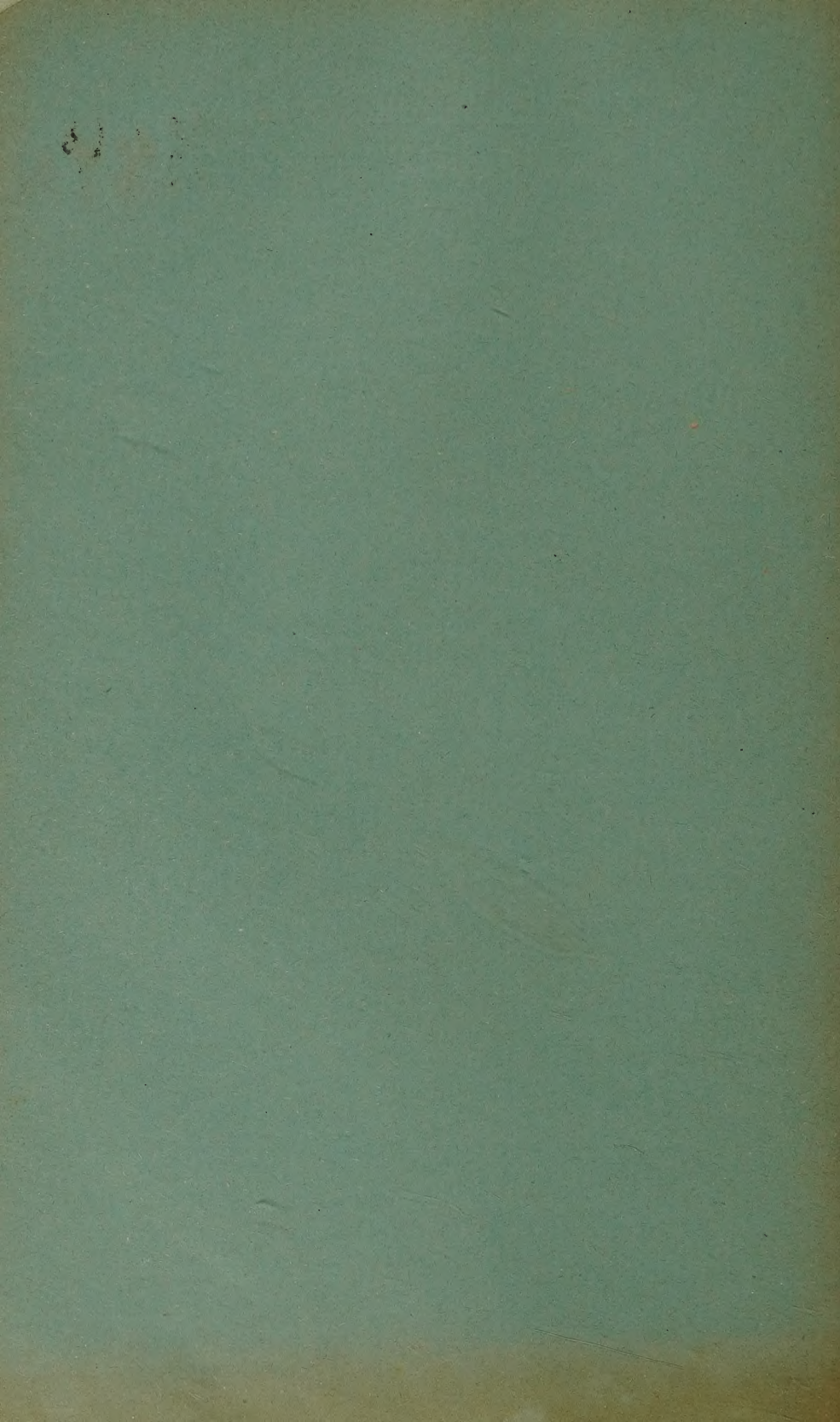
*Juges : MM. { DELENS,
HUMBERT,
POIRIER, } agrégés.*

PARIS

GEORGES CARRE ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898



548

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898, à 9 heures

PAR

D. PAPPADATOS

ÉTUDE

SUR

LE VARICOCÈLE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { DELENS,
HUMBERT,
POIRIER, } agrégés.*



PARIS

GEORGES CARRE ET C. NAUD, EDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..	M. BROUARDEL.
	Professeurs..	MM.
Anatomie..		FARABEUF.
Physiologie..		CH. RICHET.
Physique médicale..		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale..		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale..		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales..		BOUCHARD.
Pathologie médicale..		{ HUTINEL.
		{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale..		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique..		CORNIL.
Histologie..		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils..		TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie..		POUCHET.
Thérapeutique..		LANDOUZY.
Hygiène..		PROUST.
Médecine légale..		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie..		LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale..		CHANTEMESSE.
		{ POTAIN.
Clinique médicale..		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants..		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques..		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses..		RAYMOND.
		{ BERGER.
Clinique chirurgicale..		{ DUPLAY.
		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique..		PANAS.
Clinique des voies urinaires..		GUYON.
Clinique d'accouchements..		{ BUDIN.
		{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A M. LE DOCTEUR TUFFIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

INTRODUCTION

Notre très estimé maître M. TUFFIER a consacré une de ses intéressantes leçons cliniques de l'hôpital de la Pitié, au varicocèle, considéré dans ses rapports avec les troubles nerveux et coexistant avec une infériorité manifeste des tissus de l'organisme.

C'est en nous aidant de ses conseils, et en nous inspirant de ses leçons, que nous avons résolu de faire de l'étude du varicocèle le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous étudierons, après un court historique de la question, dans une première partie, l'anatomie pathologique du varicocèle, insistant sur ses rapports avec les lésions nerveuses et la maladie générale caractérisée par une infériorité des tissus; ensuite, à propos du traitement, nous discuterons sur le choix des procédés opératoires.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous voulons témoigner à tous nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté l'expression de notre vive gratitude.

En adressant nos respectueux remerciements à tous nos maîtres de Paris, nous ne saurions oublier nos mai-

tres de Bordeaux et de Montpellier : qu'ils soient bien persuadés que nous conserverons toujours le meilleur souvenir de leur bienveillance.

C'est à l'obligeance de M. TUFFIER que nous devons le sujet de cette thèse. Avec l'amabilité qui le caractérise, il nous a donné les conseils et les éléments nécessaires pour la composition de ce modeste travail.

Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

Que M. le P^r LE DENTU veuille bien recevoir l'assurance de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

APERÇU HISTORIQUE

Si les connaissances précises sur la clinique et l'anatomie pathologique du varicocèle ne sont pas anciennes, l'histoire du traitement remonte au contraire très loin.

A toutes les époques, le varicocèle a été l'objet des tentatives thérapeutiques des chirurgiens.

Celse, Paul d'Egine, Guy de Chauliac, Ambroise Paré opéraient le varicocèle ; ils conseillaient de découvrir les veines par incision du scrotum, de les lier du côté de l'aîne et du testicule, puis de couper entre les deux ligatures.

Cette méthode préconisée par Celse, a été suivie depuis par tous les chirurgiens.

Ils faisaient tous l'opération du varicocèle à ciel ou vert.

Vers la fin du xvii^e siècle, Dionis faisait la résection bilatérale du scrotum, que A. Cooper devait plus tard remettre en honneur.

Cependant, vers le milieu du xviii^e siècle, une réaction se manifesta parmi les chirurgiens.

A cette époque, les précautions antiseptiques rigoureuses étant ignorées, les accidents opératoires devaient

être nombreux. La fréquence de la phlébite et des septicémies post-opératoires expliquent suffisamment le discrédit qui atteignit la cure radicale du varicocèle.

Les auteurs de cette période, jusqu'en 1830, proscrivent toute intervention sanglante.

Boyer déclare le varicocèle une affection incurable qu'on doit traiter exclusivement par les soins hygiéniques et les bandages (1).

Bientôt de nouvelles théories se font jour, c'est aux opérations pratiquées à ciel ouvert qu'on attribue tous les échecs observés.

Cette évolution dans les idées eut pour conséquence la substitution d'une grande quantité de procédés à l'instrument tranchant.

Les uns détruisent les veines par la galvanopuncture, la compression, la cautérisation, d'autres emploient la ligature sous-cutanée, l'écrasement, l'enroulement, l'isolement.

Mais les résultats n'étaient pas plus favorables qu'au paravant. Les accidents opératoires et les récidives observés étaient nombreux, jusqu'au moment où la méthode antiseptique fit son apparition.

De nos jours, l'intervention chirurgicale dans le traitement du varicocèle a fait de grands progrès.

Henry, de New-York, consacre une série de trois mémoires parus en 1871, en 1881 et 1882, dans *The Medical Record*, à la résection du scrotum, opération qui

(1) BOYER, Traité des maladies chirurgicales, t. X, p. 243.

fut jadis pratiquée par Dionis, puis en 1830 par Astley Cooper.

En France, Horteloup, Guyon, Le Dentu (1) combinent la résection du scrotum à l'excision du paquet veineux.

Nous verrons, à propos des indications opératoires, quels sont les cas, d'après notre maître M. Tuffier, dans lesquels est applicable chacun de ces procédés opératoires.

(1) LE DENTU. *Ann. des mal. des org. génit.-urin.*, 1887, p. 14, 92, 621.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les veines spermaticques prennent naissance dans le testicule et dans l'épididyme et forment un plexus au niveau du corps d'Higmore. De ce plexus se détachent plusieurs troncs veineux qui montent verticalement en enlaçant l'artère spermaticque.

Ces veines se partagent en deux groupes par rapport au canal déférent, en groupe antérieur et en groupe postérieur.

Le groupe antérieur, de beaucoup le plus important, comprend cinq ou six veines volumineuses situées en avant du canal déférent, le groupe postérieur plus petit et situé en arrière est en rapport avec l'artère déférentielle.

Toutes ces veines s'engagent dans le canal inguinal, le parcourent dans toute son étendue, débouchent dans l'abdomen, et se terminent de la façon suivante :

Le groupe postérieur se jette dans les veines épigastriques.

Le groupe antérieur, qui est le plus important, forme un plexus appelé *plexus pampiniforme*.

Les veines qui en partent accompagnent l'artère

spermatique et ne tardent pas à se réunir pour former un seul tronc, qui remonte dans la région lombaire, reçoit chemin faisant quelques veinules provenant de l'uretère, du péritoine et de l'atmosphère graisseuse du rein, et vient enfin s'ouvrir, à droite dans la veine cave inférieure, à gauche dans la veine rénale correspondante.

Notons en passant que la veine spermatique gauche rencontre le courant veineux de la veine rénale sous un angle droit, tandis qu'à droite le courant se fait dans le même sens que celui de la veine cave inférieure. C'est ce qui explique, d'après certains auteurs, pourquoi la dilatation variqueuse est beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite.

En outre les veines spermatiques ne possèdent que des valvules fort incomplètes, qui permettent aux injections de pénétrer dans les vaisseaux.

Telle est l'anatomie normale des veines spermatiques.

Toutes les fois qu'un groupe de ces veines se dilate, devient flexueux, on a un varicocèle.

Notre maître, M. Tuffier, admet trois variétés de varicocèle.

Dans la première variété on est en présence d'un malade dont le scrotum est flasque, pendant, d'un volume énorme. Si on palpe les bourses de ce malade on trouve un testicule normal, un cordon spermatique presque normal. Par conséquent, chez ce malade on voit un scrotum qui tombe, il présente une véritable ectasie scrotale.

C'est à cette variété de varicocèle que M. Tuffier donne le nom de *varicocèle cutané*.

Dans la seconde variété on est en présence d'un malade dont le scrotum a son volume normal, mais si on palpe ses bourses on trouve les veines extrêmement volumineuses, flexueuses. On trouve souvent des varices non seulement du cordon spermatique, mais du scrotum et des veines du canal inguinal.

Ces veines compriment souvent les nerfs et déterminent des névralgies du canal inguinal.

Dans cette variété le scrotum présente son volume normal, mais par contre le plexus veineux est dilaté, hypertrophié. M. Tuffier propose de l'appeler *varicocèle veineux*.

Enfin, dans la troisième variété, il y a en même temps dilatation du scrotum et dilatation des veines. Non seulement les bourses sont flasques, pendantes, mais les veines aussi sont dilatées, flexueuses, donnant au palper la sensation que donnerait un paquet de ficelle ou un amas de vers de terre inclus dans le scrotum.

Nous verrons à propos du traitement quelles sont les indications opératoires qui découlent de ces notions anatomo-pathologiques pour le traitement rationnel de chacune de ces variétés de varicocèle.

Les lésions des veines spermatiques sont les mêmes que dans les varices des membres inférieurs.

Voici comment M. le P^r Cornil décrit les lésions histologiques du varicocèle : « A cette couche interne de la tunique moyenne, dit-il, dont l'épaisseur est toujours

considérable, succèdent des faisceaux de fibres musculaires.

« Ces faisceaux, dans la partie externe de la tunique moyenne, ont presque tous une direction transversale et s'entrecroisent à angle droit avec des faisceaux longitudinaux. Ils sont habituellement séparés les uns des autres par du tissu conjonctif, de telle sorte que ce tissu se poursuit sans interruption depuis la tunique interne jusqu'à l'externe. Entre ces faisceaux connectifs, on observe souvent des granulations ou des amas de granulations de pigment sanguin, ce qui montre que des globules rouges se sont infiltrés dans la paroi veineuse. L'épaisseur de la tunique moyenne ainsi modifiée est de deux à dix fois plus considérable qu'à l'état normal. La dilatation porte non seulement sur le tronc de la veine, mais aussi sur toutes les veinules et même sur leurs vasa vasorum..... Il arrive parfois que les vasa vasorum dilatés et flexueux forment avec la veine principale des tumeurs caverneuses très compliquées. »

Le tissu cellulaire péri-veineux, en général souple et lâche, peut s'épaissir et s'indurer au point d'acquérir une consistance lardacée, et de simuler un néoplasme surajouté aux altérations variqueuses pures et simples (1).

(1) RECLUS. Path. interne. Paris, Masson, édit., 1892.

III

RAPPORT DU VARICOCÈLE AVEC LES LÉSIONS NERVEUSES ET LA MALADIE GÉNÉRALE CARACTÉRISÉE PAR UNE INFÉRIORITÉ DES TISSUS (Syndrome de Tuffier).

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les veines variqueuses déterminent des névralgies du côté du canal inguinal.

Ces névralgies sont attribuées par certains auteurs à une névrite occasionnée par l'ectasie des vasa nervorum.

Mais les douleurs ne sont pas généralement localisées dans la région inguinale ; le plus souvent les malades souffrent d'irradiations vers le périnée et jusqu'aux reins.

Chez certains malades l'érection, la miction s'exaspèrent.

Il n'est pas rare de voir des malades présentant des troubles nerveux plus importants ; des névralgies des différents nerfs et en particulier des intercostaux, des migraines, des troubles oculaires, inégalité pupillaire, anesthésie pharyngée et même des troubles psychiques.

La gravité des troubles fonctionnels est parfois si

grande que toute occupation active devient impossible.

On voit en définitive des malades souffrir beaucoup en présentant peu de lésions.

Les symptômes fonctionnels ne sont nullement en rapport ni avec l'importance des lésions, ni avec les dimensions de la tumeur.

On voit d'énormes varicocèles qui n'entraînent aucune gêne, alors que de tous petits déterminent de violentes souffrances.

Landouzy cite le cas d'un malade dont les douleurs étaient à peine marquées et cependant dont la tumeur descendait jusqu'au tiers inférieur de la cuisse.

Il n'est pas possible d'admettre que ces douleurs généralisées sont uniquement dues à une névrite interstitielle consécutive à la phlébectasie des vasa nervorum.

Chez ces malades c'est la maladie générale qui prédomine et on est porté à se demander « si le malade n'est pas plus irritable que le varicocèle n'est douloureux » (1).

Il n'est pas rare de rencontrer chez les même sujets, outre les troubles périphériques, tels que névralgies de différents nerfs, migraines, battements de cœur; des paresthésies, des fourmillements, des sueurs profuses, de l'anesthésie pharyngée, en même temps que des obsessions, des phobies, de l'incertitude dans la marche et des perturbations mentales.

(1) RECLUS. Traité de chirurgie, t. VIII.

Les auteurs ont de tout temps signalé le grand nombre de malades porteurs de varicocèle présentant des symptômes nerveux et des troubles psychiques.

On observe parfois chez eux de véritables accès gastralgiques et le malade que cite Jaccoud dans son traité de Pathologie Interne en est un bel exemple (2).

Leur appétit faiblit, ils perdent le goût des aliments et vont jusqu'à s'imaginer que rien ne peut plus les nourrir.

Monod et Terrillon, en parlant de ces malades, disent : « Il nous semble que ces malades ainsi tourmentés sont spécialement nerveux et impressionnables ».

Wiederhold exprimant la même idée dit : « Quelques-uns n'osent rien entreprendre, leur esprit devient paresseux et lent, il n'y a rien de viril dans leurs conceptions et dans leurs œuvres » (3).

L'appétit génésique est diminué à des degrés divers. Tantôt c'est l'impuissance absolue, tantôt sans être impuissants ils ont des érections incomplètes et, si on les interroge sur la fréquence de leurs rapports sexuels, on apprend qu'ils pratiquent rarement le coït.

Lallemand dit avoir interrogé avec soin les malades qui sont venus le consulter pour de simples varicocèles et il a remarqué que leurs organes ne répondaient pas à leurs désirs. Ils avaient plus d'imagination que de

(1) JACCOUD. Pathologie externe, 1883, t. II, p. 801.

(2) WIEDERHOLD. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, septembre 1891, p. 1069.

puissance et cette faiblesse était même ce qui les affectait le plus (1).

M. Janin rapporte dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* une observation d'impuissance chez un homme de 26 ans.

Le malade raconte que l'émission spermatique n'est jamais accompagnée d'une érection suffisante pour conduire la verge dans le conduit vaginal.

Quand, à 19 ans, il fit sa première tentative de coït, il ne put y avoir introumission, et depuis lors il en a été toujours de même (2).

Dans certaines positions sociales, dit Vidal de Cassis, l'impuissance peut être considérée comme un faible inconvénient, mais dans d'autres conditions opposées, elle devient quelquefois un vrai malheur.

Alors le varicocèle n'est pas une cause individuelle, la famille entière en supporte les conséquences, car elle peut s'éteindre (3).

On voit beaucoup de ces malades neurasthéniques chez qui l'imagination provoque une déchéance génésique qu'ils ne peuvent accepter et ils lui préfèrent la mort.

Un médecin en chef d'un hôpital d'une ville importante de France s'était rendu pour consulter à Paris sur un varicocèle, bien décidé, disait-il, à se brûler la cervelle si on ne lui promettait pas une guérison (Vidal de Cassis).

(1) LALLEMAND. Des pertes séminales involontaires, 1836, t. II, p. 170.

(2) JAMIN. *Ann. des mal. des org. génit.-urin.*, juillet 1889.

(3) In *Thèse* de Wicklam. Paris, 1885.

Chez beaucoup de ces malades ce sont les symptômes psychiques qui prédominent.

Landouzy cite l'exemple d'un architecte qui pleurait tous les soirs en rentrant chez lui et Vidal de Cassis celui d'un artiste qui avait des idées mélancoliques (1).

Les deux malades ignoraient la cause de leur mal et ce n'est que par hasard qu'on fit chez eux la découverte d'un varicocèle.

En Angleterre et en Amérique on a écrit sur le même sujet de nombreux travaux.

Ogilvie Will, George Beard, H. Henry parlent de troubles nerveux et de perturbations mentales qui accompagnent les tumeurs variqueuses.

Des discussions s'engagent sur la nature de ces troubles. On se demande si ces malades ne sont pas des fils de nerveux ou si leur tempérament n'est pas rendu particulièrement excitable ou impressionnable par une prédisposition individuelle déjà ancienne (1).

(1) VIDAL DE CASSIS. *Dauphiné médical*, 1896.

(2) SAUSSOL. Du varicocèle. *Thèse*, Paris, 1897.

IV

Beaucoup de causes ont été invoquées pour expliquer la production du varicocèle.

La taille élevée, la constitution faible, la faiblesse du crémaster chez les individus de tempérament débile ; la chaleur, les professions dans lesquelles les sujets doivent rester longtemps debout ou celles qui exigent de grands efforts ; l'habillement chez les jeunes recrues, ont été incriminées par les auteurs comme causes pouvant favoriser la production du varicocèle.

On a invoqué aussi des causes anatomiques pour expliquer la production du varicocèle et sa fréquence à gauche. La longueur du trajet des veines spermatiques, leur compression possible sur la branche du pubis, l'influence des valvules (Pérrier), l'absence de repli valvulaire à la jonction de la veine spermatique gauche et de la veine rénale, le mode de terminaison différent des deux veines spermatiques, sont des raisons plus ou moins admises et discutées dans les traités classiques. Il en est de même de la compression de la veine iliaque gauche par les matières fécales accumulées dans l'S iliaque chez les sujets constipés ; la constipation, rare chez les jeunes sujets, ne paraît pouvoir agir que par l'effort qu'elle exige pour la défécation (Duplay).

De toutes ces conditions anatomiques, physiologiques et professionnelles invoquées pour expliquer l'apparition du varicocèle, pas une seule d'entre-elles ne peut être susceptible de provoquer à elle seule l'état variqueux.

L'immunité, dont jouissent la plupart des hommes, quelles que soient leurs mœurs, et leur profession, parle en faveur d'une prédisposition particulière de l'individu, par suite de laquelle l'étoffe veineuse offre une moindre résistance aux actions mécaniques.

De nombreux observateurs ont admis et décrit cette prédisposition individuelle.

Reclus, parlant du varicocèle, dit : « Toutes les causes invoquées pour expliquer le varicocèle ne sont que des causes occasionnelles, et il faut rechercher dans des influences générales encore indéterminées les causes efficientes du varicocèle.

En effet, ne voit-on pas dans l'histoire de quelques malades l'hérédité signalée ?

Blaudin a connu 3 frères, tous les 3 exemptés du service militaire et tous les 3 pour varicocèle. Le père était lui-même affecté de cette maladie.

Reclus et Forgue écrivent eux aussi que la plus grande responsabilité revient au défaut de l'étoffe veineuse.

Quénu et Schwartz s'expriment en ces termes : « Voici comment nous comprenons la genèse des varices. Un individu, plus ou moins prédisposé par suite de la moindre résistance de l'étoffe veineuse congénitale ou acquise, est soumis aux actions mécaniques que

nous avons passées en revue (fatigues, longues stations debout, etc.). Sous cette influence les veines se laissent dilater. »

Second, sur le même sujet, s'exprimé ainsi : « Il est bien certain que dans l'immense majorité des cas, la condition *sine qua non* de leur action pathologique réside en définitive dans une prédisposition spéciale aux dilatations veineuses » (1).

Par conséquent, la cause première du varicocèle réside dans une prédisposition individuelle et souvent héréditaire, en vertu de laquelle les veines sont exposées à se dilater et à devenir variqueuses.

(1) SECOND. *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXXVIII, p. 253.

Le varicocèle, comme nous venons de le voir, n'est par conséquent qu'une manifestation d'un état particulier qui fait que les veines d'un individu présentent une faiblesse particulière de leur étoffe.

Cette débilité des tissus n'est pas limitée seulement aux veines du cordon.

Si l'on examine attentivement les autres organes du malade on trouve souvent d'autres lésions.

Il est fréquent de trouver chez les sujets atteints de varicocèle des varices des membres inférieurs, des hémorroïdes.

Il n'est pas rare, et nombre de sujets atteints de varicocèle présentent en même temps soit une pointe de hernie, soit une dilatation de l'estomac, soit un rein mobile, soit une hépatoptose, etc.

On voit donc qu'un très grand nombre d'affections, de siège, de forme et de complications absolument différentes, se trouvent associées chez les mêmes individus.

On est tout disposé, vu leur fréquence, à voir là une insuffisance congénitale des tissus, insuffisance héréditaire, comme le suppose M. Bouchard : il s'agirait de véritables dégénérescences.

Ce sont des tissus insuffisants, soit par défaut congénital de structure, soit par défaut de nutrition.

De nombreux observateurs remarquèrent la coexistence fréquente de plusieurs de ces lésions, et les auteurs les avaient depuis longtemps signalées.

Rayer, dans son *Traité des maladies du rein*, nous cite l'observation d'une malade opérée par Velpeau pour une hernie inguinale et chez laquelle on trouva en même temps un rein mobile.

Le P^r Bouchard, tout en attribuant la dilatation de l'estomac à une infériorité des tissus constituant les parois de l'estomac, infériorité pouvant d'ailleurs intéresser d'autres organes et se manifestant alors par d'autres symptômes tels que le varicocèle cutanéoveineux, met cependant tous les autres symptômes sur le compte de cette dilatation d'estomac qui devient alors la source de tous les maux. Par elle il explique la congestion du foie et l'augmentation du volume du foie, comme cause du rein mobile, qu'il signale d'ailleurs comme un des symptômes manquant rarement chez les dilatés (1).

Second, sur le même sujet, s'exprime ainsi :

« Cette pluralité des lésions variqueuses n'est pas rare et nombre de sujets atteints de varicocèle présentent des varices des membres inférieurs, des hémorroïdes, des varices périprostatiques, *il y a là beaucoup plus qu'une simple coïncidence.* »

(1) LEVI-BRAM, p. 29. *Thèse de doctorat*. Paris, 1898.

Tuffier, dans son article sur le rein mobile, nous dit : « L'ensemble des accidents qui caractérise ces affections y compris l'entéroptose dépend d'une véritable affection générale qui n'est pas classée, mais qui cependant me paraît fréquente. Elle forme une entité clinique. Tous les tissus de l'économie semblent frappés en même temps d'une insuffisance de nutrition, de vitalité et de résistance. Ils sont en état d'infériorité physiologique.

Le tissu musculaire lisse se laisse distendre, constituant la dilatation d'estomac et l'entéroptose avec rein mobile. Le système musculaire à fibres striées se laisse forcer et vous trouverez le ventre à triple saillie qu'a si bien décrit Malgaigne.

En même temps, il existe une insuffisance des anneaux naturels entraînant les hernies de faiblesse, pendant que la débilité des sphincters permet l'issue du rectum et que l'atrophie du plancher pelvien laisse tomber l'utérus.

Chez les mêmes individus le système vasculaire n'est pas plus solide et vous rencontrerez des varices, des hémorroïdes passives et indolentes et quelquefois un varicocèle.

Si cette mauvaise qualité des tissus peut être partielle, elle provoque une lésion d'un seul organe. Mais si elle se généralise elle constitue alors une insuffisance plus ou moins considérable des viscères ou des parois splanchniques.

Il y a donc un rapport à établir entre les divers états pathologiques dépendant d'un même état morbide.

On peut poser une gamme ascendante de ces lésions (1).

Il résulte de ce qui précède que la coïncidence chez les mêmes malades de ses différentes affections n'est pas fortuite et que toutes ces lésions, quoique revêtant des allures variables, relèvent d'un même état morbide.

Voici comment M. le Pr agrégé Tuffier exposait ce processus morbide dans ses intéressantes leçons professées à la faculté dans le cours de l'année 1896 (2).

Il y a dans l'abdomen des organes en équilibre ; il y a donc, puisque cet équilibre existe, une puissance égale à la résistance, sans cela point d'équilibre.

La forme, la fonction, la nutrition, sont le résultat de la lutte et de l'effort entre le contenant et le contenu.

Tous ces viscères, tous ces organes tiennent en place grâce à leur puissance, cette puissance c'est leur poids, c'est-à-dire le poids de l'estomac, de l'intestin, de la glande hépatique, du rein, de la rate, de l'utérus ; mais par ce mot poids du viscère il faut entendre contenant et contenu.

La résistance, elle, est fournie par la paroi abdominale ; une partie de la résistance disparaissant, l'équilibre est dès lors rompu et les viscères cédant à leur puissance s'échapperont.

Dé même, l'équilibre cessera d'exister si la paroi abdominale devient trop faible et ne peut plus lutter contre la puissance, contre les viscères.

(1) TUFFIER. In *Semaine médicale*, septembre 1891.

(2) Publié in *Thèse* Lévi-Bram. Paris, 1898.

Mais la résistance n'est pas seulement fournie par les parois abdominales, il y a aussi les ligaments qui sont de véritables soutiens pour les organes.

Il y a lutte incessante entre les organes qui opposent leur poids à la résistance des ligaments. Que ces ligaments viennent à céder, une ptose se constitue.

Cette lutte entre la puissance et la résistance nécessaire pour le maintien de l'équilibre se passe non seulement entre les organes et leurs ligaments, entre les organes et la paroi abdominale, mais encore dans chaque organe.

Les organes creux, l'intestin, l'estomac ont à lutter contre leur contenu, il faut que constamment ils opposent une résistance suffisante à l'effort de leur contenu. Si cet effort, si cette puissance devient trop forte, la résistance ici représentée par les parois de ces organes est vaincue, l'intestin et l'estomac se laissent alors distendre.

Dans une veine, la colonne sanguine qui se trouve à une certaine pression constitue la puissance. Le poids, la pression de cette colonne liquide est combattue par la résistance que lui opposent les trois tuniques constituant la paroi veineuse. Que ces tuniques n'opposent plus la résistance nécessaire, qu'elles se laissent distendre, il y a alors dilatation, ectasie veineuse, premier stade de l'affection désignée sous le nom de varices.

Le système nerveux est atteint aussi, comme nous l'avons déjà dit, de cette dystrophie, et chez ces malades on peut relever des troubles nerveux, de nombreux symptômes de neurasthénie. C'est donc dans l'organisme une lutte perpétuelle.

Si l'un des facteurs l'emporte et que l'équilibre soit rompu, on se trouve alors en présence d'une affection, d'une maladie caractérisée par la chute d'un ou plusieurs des viscères abdominaux, de varices, varicocèle, etc.

Par conséquent, les malades que nous venons d'étudier sont des neurasthéniques d'une part, et des individus d'autre part, dont les organes sont insuffisants, soit par défaut congénital de structure, soit par défaut de nutrition. Ce sont, en un mot, des malades dont les organes présentent une infériorité de tissus avec les symptômes de la maladie générale décrite par M. Tuffier.

VI

INDICATIONS OPÉRATOIRES ET CONTRE-INDICATIONS

Depuis l'avènement des méthodes antiseptiques, les procédés opératoires du varicocèle se sont de plus en plus répandus, grâce aux progrès incessants de la thérapeutique chirurgicale. Mais il ne s'ensuit pas que tout varicocèle doive nécessiter une intervention sanglante ; au contraire, le nombre des varicocèles qui réclament une opération est relativement restreint.

Dans quels cas faut-il opérer ?

On doit opérer tout varicocèle qui est *volumineux* et qui par son volume devient extrêmement gênant.

Une seconde indication, c'est la *douleur*. Lorsqu'un varicocèle détermine de vives douleurs et qu'il met un obstacle à l'exercice de la profession du malade, on doit aussi intervenir.

Par contre, si le varicocèle est petit, s'il n'est pas seul, le point de départ et la cause des symptômes douloureux que le malade accuse, si d'autres organes sont atteints, si le malade est un neurasthénique, s'il présente des perturbations mentales, en un mot si on trouve chez le malade d'autres manifestations de la maladie générale dont nous avons parlé dans les chapitres

précédents, il faut dans ces conditions s'abstenir de toute intervention sanglante.

On ne doit donc jamais prendre le bistouri pour opérer un malade porteur d'un varicocèle, avant de s'être préalablement assuré de l'état de ses autres organes.

Un examen superficiel exposerait le pronostic et le traitement, basés sur le seul état local, à de singulières méprises.

Dans toutes ces altérations caractérisées par un affaiblissement des moyens de contention, il faut chercher s'il n'existe pas d'autres stigmates de déchéance organique, il faut chercher si dans l'ensemble de l'organisme il n'existe pas d'infériorité analogue d'un autre appareil ou d'un autre système.

A cette seule condition, notre pronostic ne sera pas démenti par la suite des événements, et nos opérations ne seront pas susceptibles d'être suivies de récives rapides (1).

Il ne faut jamais négliger d'examiner soigneusement l'abdomen et le rein.

Les tumeurs inguinales ou abdominales de toute nature situées sur le trajet des veines spermatiques sont des causes assez fréquentes du varicocèle.

Le varicocèle qui se développe dans ces conditions doit être décrit sous le nom de *varicocèle symptomatique* et distingué du *varicocèle idiopathique*.

(1) TUFFIER, in *Semaine médicale*, juin 1894, 286.

L'influence des tumeurs abdominales de toute nature sur l'apparition du varicocèle avait été signalée par plusieurs auteurs, elle n'avait pas échappé à la sagacité de J.-L. Petit (1). « Ceux, dit-il, qui ont des tumeurs squirrheuses dans le ventre le long du cordon des vaisseaux spermatiques et ceux qui ont des glandes lombaires gonflées, enfin ceux qui ont les veines affectées et qui y ont quelques pierres retenues, sont également sujets au varicocèle, parce que dans toutes ces maladies les vaisseaux spermatiques sont continuellement pressés et comprimés. »

(1) SECOND. *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXXVIII, p. 253.

VII

TRAITEMENT

Quels sont les procédés opératoires que l'on doit employer ? Nous avons exposé, en étudiant l'Anatomie pathologique, les trois variétés sous lesquelles se présentent le varicocèle : cutanée, veineuse, cutanéoveineuse.

Dans la variété *cutanée*, caractérisée surtout par la distension de la peau du scrotum déterminant la chute du testicule et l'allongement des veines du cordon sans ectasie variqueuse, c'est le procédé opératoire de Henry, de New-York, qui se trouve indiqué. On remonte le testicule, on résèque le scrotum et on fait ainsi un suspensoir naturel.

Dans la variété *veineuse*, caractérisée par la dilatation des veines variqueuses, le scrotum conservant son volume normal, c'est la résection du paquet veineux entre deux ligatures qui se trouve indiquée.

Dans la variété *cutanéoveineuse*, caractérisée par l'allongement et la flaccidité de la poche scrotale et l'ectasie variqueuse des veines, c'est aux procédés combinés que l'on aura recours. Il faudra retrancher une partie de l'étoffe scrotale pour remonter les testicules et réséquer en même temps le paquet veineux dilaté.

C'est dans ces conditions, en adaptant, comme le conseille M. Tuffier, chaque procédé opératoire à son cas particulier qu'on peut avoir de très bons résultats.

Parmi les complications contre lesquelles on doit se tenir en garde, il en est une qui doit attirer l'attention du chirurgien par sa fréquence. C'est la fréquence notée par la plupart des chirurgiens des hémorragies secondaires consécutives aux opérations sur le scrotum. Ces hémorragies résultent, d'après Annequin, « de l'extrême richesse vasculaire des tuniques du scrotum, de la grande différence d'élasticité et de rétractilité dont elles sont douées, de la laxité du tissu cellulaire situé entre le dartos et la tunique fibreuse et de l'aspiration que produisent les contractions du crémaster. Momentanément fermés par la contraction du dartos et des vaso-moteurs, les petits rameaux de l'artère funiculaire se mettent à saigner à toutes les profondeurs, dès que le dartos et les vaso-moteurs se relâchent. »

On conçoit donc, d'après cette pathogénie, combien il est facile d'avoir des hémorragies post-opératoires. Il est cependant important d'éviter cette complication qui apporte du retard à la guérison en empêchant la réunion par première intention; en même temps, elle favorise l'infection par le sang épanché et par les pansements fréquents qu'on est obligé de faire sur une plaie qui reste longtemps béante et par le voisinage même de cette plaie avec les cavités naturelles, urètre et anus ordinairement septiques.

Il est donc prudent de redouter des écoulements sanguins et se tenir bien en garde; un de nos collègues.

les plus habiles a failli perdre d'hémorragie, à la suite d'une résection scrotale, un jeune homme (Forgue et Reclus).

Au point de vue chirurgical, le testicule est formé de deux couches :

1° La peau doublée du dartos ;

2° La tunique fibreuse recouverte en dehors par quelques fibres musculaires auxquelles elle sert de substratum et tapissée en dedans par un revêtement épithélial.

Entre les deux enveloppes se trouve une couche de tissu conjonctif très lâche.

C'est au sein de cette couche de tissu cellulaire que se font toutes les infiltrations.

Aussi les lèvres de la plaie, la surface des tuniques, qui enveloppent les testicules doivent-elles être explorées avec le plus grand soin, on les lie avec la soie aseptique, et lorsque la large plaie est bien asséchée, on en pratique la suture avec l'aiguille de Reverdin.

On affronte les deux lèvres de la plaie, surface cruentée contre surface cruentée, et la manœuvre présente ici quelques difficultés ; car les bords du scrotum se recroquevillant, il faut donc avec une pince à dents de souris les tenir étalés avant de serrer le nœud (Reclus).

M. le P^r Le Dentu, pour éviter la formation d'un thrombus dans l'épaisseur du scrotum, place derrière la ligne des sutures superficielles quatre ou cinq, profondes, à un centimètre plus en arrière. Ces fils peuvent être, comme les autres, noués en avant de la plaie. Il

faut avoir soin de ne pas les serrer outre mesure (1).

M. Tuffier conseille de prendre avec les fils les trois couches qui forment les tuniques du testicule et de serrer assez pour affronter les deux lèvres. En agissant ainsi, on se met à l'abri des hémorragies post-opératoires.

L'excision des veines n'est pas non plus sans danger.

Il faut craindre de lier l'artère spermatique.

On doit donc chercher à la dégager des veines varicueuses, chose qui n'est pas toujours facile. Richelot ne l'a découverte ni par le toucher, ni par la vue.

Terrier et Ferron ont fait la ligature simultanée des artères et des veines, sans que les testicules aient perdu leurs fonctions après la suppression de leur artère principale.

Annondale, Fischer, Richelot, les ont excisées sans que la nutrition de la glande ait souffert.

Mais si la suppléance de la funiculaire et de la différentielle peut suffire dans certains cas, dans d'autres elle semble précaire (2), et il faut se souvenir des faits malheureux signalés dans quelques observations.

Il y a des cas d'eunuchisme, et les expériences de Joseph Miffet ont démontré que, chez le chien, le testicule est très impressionnable aux perturbations circulatoires dans les vaisseaux du cordon, qu'il s'agisse

(1) LE DENTU. *Ann. des org. génit. urin.* Paris, 1887, p. 25.

(2) E. FORGUE et P. RECLUS, 1898, t. II.

d'une interruption simultanée de l'apport sanguin de la spermatique et du débit veineux, ou simplement d'un arrêt dans la circulation veineuse du cordon.

Les exemples cliniques sont nets. Miflet cite deux observations d'atrophie testiculaire après extirpation des paquets veineux et de l'artère spermatique.

Enfin les opérations exposent à la section du canal déférent. « Les rapports des cordons, la résistance naturelle de ses divers éléments, peuvent être changés par des phlébites antérieures, et le canal déférent, perdu au milieu de cette gangue, a pu être coupé (1). »

Il faut donc, avant de faire la ligature du cordon, poursuivre l'isolement du faisceau variqueux d'avec le canal déférent et d'avec l'artère spermatique, et ce n'est qu'après cet isolement fait, que l'on procèdera à la ligature et à la résection du paquet veineux.

(1) E. FORGUE et P. RECLUS, 1898, t. II.

VIII

Nous avons donné, dans le chapitre précédent, les méthodes chirurgicales ou opératoires du traitement du varicocèle.

Nous avons vu que l'opération du varicocèle a largement bénéficié de l'atténuation considérable que l'antisepsie apporte à la gravité de toutes les interventions chirurgicales et qu'aujourd'hui son pronostic est bénin.

Mais il ne s'ensuit pas que tout varicocèle doive nécessiter une intervention sanglante, au contraire dans la majorité des cas c'est à d'autres moyens que l'on aura recours.

La plupart des auteurs le reconnaissent du reste. Second, dans son article sur le varicocèle, du *Dictionnaire de médecine et chirurgie* (Jaccoud), dit que pour faire accepter l'idée d'une intervention, il faut évidemment que ses inconvénients propres soient largement compensés par ceux du mal qu'elle doit combattre ; or, malgré que le pronostic de la cure radicale soit bénin, on doit se souvenir que dans beaucoup de cas le soulagement procuré par un suspensoir équivaut à la guérison.

L. Le Fort, dans le *Traité de Médecine opératoire de Malgaigne*, conseille le suspensoir et dit qu'il suffit souvent à donner la guérison.

En dépit du réquisitoire de Vautier (1), qui accuse le suspensor d'habituer à la paresse le dartos et le crémaster, ce petit appareil, léger, d'un tissu souple est, dans la plupart des cas, un excellent palliatif; il aide à la circulation, relève et maintient le testicule, vide en les rapprochant de l'anneau les veines dilatées et diminue la hauteur de la colonne sanguine.

On doit en même temps insister sur quelques prescriptions hygiéniques, pas de marches forcées, de station prolongée, de danse, d'équitation, de bains chauds, d'excès vénériens. On ordonnera des lotions froides astringentes, on préviendra toute stase sanguine pelvienne, toute hyperhémie hémorroïdaire, on maintiendra le rectum vide par des lavements réguliers; un peu d'iodure de potassium et quelques grammes d'extrait fluide d'hamamelis de Virginie complètent la liste des moyens qui constituent, dans la majorité des cas un traitement suffisamment efficace (2).

S'il s'agit d'une forme généralisée de la maladie, si le varicocèle ne constitue pas la seule manifestation de la maladie générale que nous avons discutée dans les chapitres précédents, c'est encore aux moyens médicaux que l'on aura recours.

Dans le cas de troubles nerveux si souvent associés au varicocèle, c'est l'élément nerveux qu'il faut combattre.

(1) VAUTIER. *Traité hyg. des varic. Thèse doctorat.* Paris, 1879.

(2) E. FORGUE et P. RECLUS, 1898, t. II.

Plusieurs auteurs expriment à ce propos la même opinion.

Pearce Gould (1) dit qu'il faut se garder de toucher aux varicocèles quand les symptômes nerveux sont très marqués. Ces cas, ajoute-t-il, s'observent en général chez de jeunes hypocondriaques dont l'état ne s'améliore que pour un temps très court.

Duplay (2) se garde de céder aux sollicitations des hypocondriaques, « l'insuccès d'une tentative opératoire ayant pour résultat plus ou moins lointain une exagération de la psychopathie. On voit des accidents ultérieurs se déclarer, l'état mental s'aggrave et on doit se rappeler Delpech, de Montpellier, succombant aux coups d'un névropathe qu'il avait auparavant opéré d'un varicocèle ».

C'est, dans ces conditions, que les douches, l'hydrothérapie, le bromure de potassium, le massage doivent être conseillés.

(1) GOULD. *Société de méd. de Londres*, séance du 11 janvier 1886.

(2) DUPLAY. *Revue générale de clinique et de thérap.*, août 1893, p. 549.

OBSERVATION (inédite) I

(Recueillie dans le service de M. TUFFIER.)

J..., Émile, 23 ans, menuisier.

Entré à la Pitié le 19 avril 1898, salle Broca, service de M. Tuffier.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 49 ans, alcoolique. Mère morte en couches, frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Célibataire.

Il a eu la variole dans son enfance. Il n'a jamais eu ni blennorrhagie, ni chancre.

Il a souffert d'hémorroïdes.

Première apparition à 18 ans. Flux hémorroïdaire à chaque selle. Les premières hémorroïdes durent huit jours.

Deuxième apparition un an après, une seule fois flux hémorroïdaire. Durée quinze jours.

C'étaient des hémorroïdes procidentes, très douloureuses, empêchant le malade de marcher.

Depuis deux ans le malade n'a pas eu de récurrence.

Depuis six ans le malade remarquait qu'après une longue marche les bourses paraissaient lourdes. Cette pesanteur existait du côté gauche seulement. Le malade était obligé de mettre sa main dans sa poche pour soutenir le testicule gauche. Mais cette pesanteur était intermittente et n'empêchait pas le malade de travailler, il fallait une grande fatigue, une longue marche pour la provoquer.

Il y a quatre mois, brusquement, sans cause apparente, en travaillant, le malade ressent une douleur violente, il lui semblait qu'on lui tirait sur la bourse gauche.

Cette douleur scrotale s'irradiait dans l'aîne gauche.

Pas de grosseur apparente. Le malade continué à travailler, mais les douleurs ne cessaient pas, douleurs paroxystiques, élancements violents.

État actuel. — Le malade raconte que depuis quatre mois les douleurs ne sont pas localisées seulement à la bourse, mais s'irradient dans la région inguinale gauche.

Le malade accuse en même temps des douleurs névralgiques dans les membres inférieurs, les bras, des douleurs intercostales et parfois des douleurs lombaires.

Depuis deux mois il souffre d'une céphalée intense et persistant jour et nuit, siégeant surtout du côté de la nuque.

Le malade se plaint en outre de démangeaisons assez vives dans la région scrotale gauche.

Le coït et la masturbation diminuent beaucoup la douleur du malade.

A l'inspection on constate que la bourse gauche est pendante, tendue. Le varicocèle est peu développé. Le réflexe crémasterien est conservé.

Le réflexe patellaire est normal.

Le réflexe pharyngien est aboli.

Inégalité pupillaire.

Pas de troubles digestifs.

Le malade qui était depuis son enfance assez impressionnable, sans avoir eu cependant de crises nerveuses, est devenu depuis quelques mois très irritable.

Foie et rate normaux.

Opération. — Le 27 avril. Résection du scrotum.

Fils enlevés le 5 mai. La réunion est parfaite.

Au point de vue général, il existe pendant quelques jours une amélioration notable, mais bientôt les céphalalgies intenses reprennent.

Le malade se plaint de névralgies intercostales, d'endolorissement de tout le corps.

Il dit souffrir encore dans les bourses.

On lui prescrit le repos et les douches. Il sort le 20 mai.

Rentre le 1^{er} juin. Toute marche longue, tout effort lui est impossible.

L'état nerveux est plus accentué encore que la première fois. Le malade a un tremblement continu des mains, il a des contractures des lèvres. Il souffre encore du côté des bourses.

On lui prescrit des douches et du bromure de potassium. Amélioration progressive, les céphalalgies et les douleurs intercostales diminuent.

Il va à Vincennes le 17 juin très amélioré.

OBSERVATION II

Service de M. TUFFIER.

C..., Jules, 52 ans, plaqueur, entre à l'hôpital le 7 décembre 1894.

Le malade présente un varicocèle gauche dont il souffre beaucoup. La marche lui est impossible.

Au toucher on a la sensation d'un paquet de veines variqueuses. Le scrotum est excessivement lâche. C'est un varicocèle *cutanéoveineux*.

Le malade est un nerveux ; il paraît très impressionnable.

Opération. — On fait une incision sur le scrotum, on écarte les lèvres de la plaie et on sépare le cordon déférent du paquet des veines formant le varicocèle. Puis celles-ci sont ligaturées solidement au catgut et réséquées. A ce moment on place sur le scrotum des pinces et on résèque une partie du scrotum.

Les troubles nerveux ont été calmés avec du bromure de potassium.

OBSERVATION III

Service de M. TUFFIER.

D..., Louis, 22 ans, entre à l'hôpital le 4 janvier 1894.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Jamais de blennorragie.

Depuis dix ans le malade présente des varices.

Depuis deux mois, à la fin de la journée, éprouve de la fatigue, les bourses sont douloureuses.

Le malade est un nerveux.

A l'examen on trouve un varicocèle double constitué par varices des veines du cordon seulement. C'est un varicocèle *veineux*.

Opération. — Ligature des veines, excision.

OBSERVATION IV

Service de M. TUFFIER.

D..., Jules, âgé de 31 ans, entre à l'hôpital le 12 novembre 1896.

Antécédents personnels. — Syphilis.

Depuis 4 ans le malade ressent une douleur ayant pour siège la région inguino-scrotale gauche, s'irradiant vers le périnée et les lombes.

Au toucher, on sent du côté gauche une tumeur molle, décomposable, en rameaux pelotonnés, prédominant surtout en arrière et pénétrant dans le trajet inguinal.

Pas d'allongement de la peau des bourses.

Diagnostic. — Varicocèle *veineux* gauche.

Opération. — Incision sur le trajet du cordon.

Ligature du groupe veineux antérieur, résection entre deux ligatures.

Le malade sort 4 jours après guéri.

OBSERVATION V

Service de M. TUFFIER.

B..., Raymond, 24 ans, entre à l'hôpital le 14 janvier 1896.

Antécédents personnels. — Le malade déclare n'avoir jamais eu ni chancre, ni blennorrhagie.

Il présente des troubles de la digestion.

Il a été réformé du service militaire pour varicocèle.

Les bourses sont volumineuses. Le scrotum flasque, allongé. C'est un varicocèle *cutané*.

Opération. — Résection du scrotum.

OBSERVATION VI

(Recueillie dans le service de M. TUFFIER) (1)

Jean D..., employé, 22 ans, entre à la Pitié, décembre 1897.

Nous ne relevons rien d'intéressant dans ses antécédents personnels pathologiques.

Il y 3 ans, le malade s'aperçoit qu'il a une hernie à droite. Cette affection devenant gênante, le malade entre à l'hôpital pour se faire opérer. — En même temps que sa hernie inguinale droite il présente un *varicocèle cutanéoveineux* du côté gauche et des varices également au membre inférieur gauche.

(1) Publié in *Thèse*, Levy-Bram. Paris, 1898.

OBSERVATION VII

(Recueillie dans le service de M. TUFFIER) (1)

Louis G..., 27 ans, garçon marchand de vins.

Pas d'antécédents héréditaires à noter.

Dans ces antécédents pathologiques personnels nous relevons une fièvre typhoïde, qui paraît avoir été grave et qui a nécessité un repos de cinq mois. — Il entre à l'hôpital de la Pitié (salle Broca) en octobre 1897, pour une double hernie inguinale à gauche, crurale à droite. Il se plaint en même temps de douleurs dans la fosse iliaque gauche. En plus de ces deux hernies le malade présente un rein mobile. Tendance variqueuse au membre inférieur gauche et un *varicocèle cutanéoveineux* à gauche.

OBSERVATION VIII

(Recueillie dans le service de M. TUFFIER) (2)

Pierre M..., 25 ans, employé de commerce.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant.

Dans ces antécédents personnels, nous ne relevons comme maladie antérieure que la rougeole dans l'enfance et une attaque de rhumatisme aigu à l'âge de 18 ans.

Depuis deux ans, le malade ressent des douleurs abdominales survenant par crises, douleurs siégeant surtout au niveau de la fosse iliaque droite avec irradiations inguinales.

Depuis quelques mois, ces douleurs n'ont plus cette netteté et cette limite. Elles sont généralisées à tout l'abdomen.

(1) Publié in *Thèse*, Levy-Bram. Paris, 1898.

(2) Publié in *Thèse*, Levy-Bram. Paris, 1898.

De plus le malade est sujet aux migraines, et sent ses forces disparaître. Le moindre travail lui paraît pénible.

A l'examen nous trouvons le foie débordant de trois travers de doigt les fausses côtes.

Le rein droit est mobile. L'estomac dilaté. Il présente des hémorroïdes, qui occasionnent des pertes assez fréquentes.

Il présente en outre un *varicocèle*.

Son réflexe pharyngé est aboli.

OBSERVATION IX

(Publié *in* thèse DUMA)

V..., Georges, 23 ans, colporteur, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 6 décembre 1890.

Il présente une hernie inguinale droite.

En même temps, *varicocèle double*.

CONCLUSIONS

I. — Le varicocèle est, ou idiopathique, ou symptomatique d'une tumeur abdominale. Dans le premier cas il résulte d'une prédisposition individuelle, due à une faiblesse congénitale de l'étoffe veineuse.

II. — La coexistence fréquente de troubles nerveux et l'association de lésions concomitantes d'autres organes, tels que dilatation d'estomac, hernies, ptoses du foie ou de la rate, rein mobile, etc., chez les individus atteints de varicocèle, nous permettent d'en faire une maladie générale, qui peut revêtir des allures variables, mais qui est due à une insuffisance physiologique des tissus.

III. — Le varicocèle est *cutané*, *veineux* ou *cutanéoveineux*.

Le varicocèle *cutané* est caractérisé par la distension de la peau du scrotum, par une véritable ectasie scrotale, les veines du cordon étant presque normales.

Le varicocèle *veineux* est caractérisé par la dilatation des veines du cordon qui sont flexueuses, variqueuses, le scrotum conservant son volume normal.

Le varicocèle *cutanéoveineux* est caractérisé par

la flaccidité et l'ectasie scrotale, et par la dilatation variqueuse des veines du cordon.

IV. — Dans la variété *cutanée*, la résection scrotale se trouve indiquée; dans la variété *veineuse*, c'est l'excision du paquet veineux; dans la variété *cutanéoveineuse*, c'est aux procédés combinés que l'on aura recours.

V. — Le varicocèle ne nécessite une opération que dans un nombre de cas relativement restreint. Dans la majorité des cas, un bon suspensoir et des soins hygiéniques constituent un traitement suffisamment efficace.

VI. — On ne doit, croyons-nous, opérer que si le varicocèle détermine de vives douleurs ou si, par son volume, il devient par trop gênant pour le malade. Mais si le varicocèle n'est pas seul le point de départ et la cause des douleurs que le malade accuse, si d'autres organes sont atteints en même temps, si le malade est un neurasthénique, on doit s'abstenir de toute intervention sanglante.

VU :

Le président de thèse :

A. LE DENTU.

VU :

Le doyen :

P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAISSAS. — *Dauphiné méd.*, avril 1895.
- BERNARD (L.). — Contribution à l'étude du trait. de varicocèle par l'électrolyse. *Thèse doct.*, Paris, 1880.
- BENNETT. — The radical cure of varicocele. *The Lancet*, février 1889. On varicocele, Lond., 1891.
- BRESCHET. — Nouv. méth. de trait. et de guér. le circocèle et le varic. *Gaz. méd.*, 1834.
- BLANDIN. — Art. varic. in *Diction.*, en 15 volumes.
- BOUCHARD. — *Bulletin et Mémoires de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1884.
- BUREAU. — Du varic. et de son trait. *Thèse*, Paris, 1856.
- CATTELIN. — *Thèse doct.*, Paris, 1893.
- CARRÉ. — Essai critique sur trait. du varic. *Thèse doct.*, Paris, 1866.
- COOPER (Ast.). — Guy's Hospital Reports, 3 vol. London, 1838.
- CURLING. — Traité des malad. du test. Trad. de Gosselin. Paris, 1857.
- CARLIER. — *Archives de méd. et de pharm. mil.*, 1887.
- CLARK. — Trait. du varic., *N.-Y. Med. J.*
- CELSE. — Trad. par Vedrenc. Paris, 1876, p. 527.
- DOUBRE. — *Bull. méd.*, 2 juin 1897.
- DUPLAY. — *Rev. gén. de chir. et de thérap.*, août 1893, p. 549.
- DIONIS. — Cours d'opér. de chirurg. Paris, 1707.
- DOUMENGE. — Du varic. de la queue de l'épid. *Thèse doct.*, Paris, 1875.

- DUMA. — Traité du varic. *Thèse doct.*, Paris, 1891.
- FICHER (de Breslau). — Cinq cas de varicocèle opérés et guéris (Schmidt's Jahrbücher, 1881, cité par Vincent). *Thèse doct.*, 1884.
- FISTIÉ. — De la cure rad. du varic. *Thèse*, Nancy, 1888.
- FOLLIN et DUPLAY. — Traité élém. de path. ext., t. VII, Paris, 1887.
- GUILMINOT. — Du varic. et de son trait. *Thèse doct.*, Paris, 1859.
- GUYON et HACHE. — *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, Paris, 1884.
- GAULTIER-DUPAIRRAY. — *Thèse doct.*, Paris, 1854.
- GOULD. — *Soc. de méd. de Lond.*, séance du 11 janvier 1880.
- HELOT. — *Arch. gén. de méd.*, t. VI, 1844.
- HENRY (H.). — *The medical Record*, 1882, p. 509. New-York.
- HORTELOUP (P.). — Du trait. du varic. par la rés. du scr. et des veines funiculaires. Communication à l'Acad. de méd., mars 1885.
- JAMIN. — *Ann. des malad. des or. gén. urin.*, juil. 1889.
- LANDOUZY. — *Journ. des conn. médico-chir.*, Paris, 1838.
- LÉVY-BRAM. — Sur une maladie générale caractérisée par une infér. des tissus (syndrome de Tuffier), Paris, 1890.
- LE DENTU. — *Ann. des malad. des or. gén. urin.*, Paris, 1887.
- MONOD et TERRILLON. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes, 1859.
- MALGAIGNE. — Général. sur le varic. et son trait. Traité d'anat. chir., 2^e éd., t. II, p. 558, Paris, 1859.
- MONTBERNARD. — *Thèse doct.*, Toulouse, 1897.
- NICAISE. — *Rev. de chir.*, Paris, 1884, p. 364.
- PERCHEPIED. — Appl. de l'élect. au trait. du varic. *Thèse doct.*, Paris, 1887.
- PÉRIER (Ch.). — *Thèse doct.*, Paris, 1864.
- PRUNAIRE. — *Thèse*, Strasbourg, 1851.
- RECLUS et E. FORGUE. — Art. varicoc. in *Dict. Deschambre*, 5^e série, t. II, 1888.
- RECLUS. — Trait. du varic. *Ann. des malad. des or. gén. urin.*, 1889, in art. Second.

ROSTAING (M.). — *Thèse doct.*, Lyon, 1897.

SEBILEAU. — *Rev. intern. de méd. et de chir.*, Paris, 1897, VIII.

SECOND. — Art. varic., in *Dict. Jaccoud*, t. XXXVIII, p. 234.

— *Semaine méd.*, Paris, 1888, p. 355.

— *Bull. de la Soc. de chir.*, 1889.

SCHWARTZ. — *Encyclop. intern. de chir.*, 1888, t. VII, p. 564.

— *Rev. gén. de chir. et de thérap.*, mars 1895.

TILLAUX. — *Traité d'anat. topog.*, Paris, 1892, p. 847.

TRANDOFIRESKO. — *Thèse doct.*, Paris, 1867.

THOMPSON. — Castration for varicocele. *Lancet*, 1839-40, t. II, p. 137.

THIRIAR. — La clinique del'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, 1889 et 1891.

TUFFIER. — Art. Rein flottant, in *Traité de chir.*, t. VII.

— *Congrès de chir.*, Paris, 1889.

— *Congrès de chir.*, Paris, 1891.

— *Semaine médic.*, 16 décembre 1891.

— *Semaine médic.*, juin 1894.

VELPEAU. — *Gaz. des hôp.*, Paris, 1844, p. 357.

VAUTIER. — *Trait. hyg. du varic. au début*, Paris, 1879.

VIDAL (de Cassis). — *Gaz. des hôp.*, Paris, 1844.

— De la cure rad. du varic. par l'enroulement des veines du cord. spasm., 2^e éd., Paris, 1850.

VINCENT (A.). — *Trait. du varic. Applic. de la méthode antisept.*, *Thèse doct.*, Paris, 1884.

VERHOOGEN. — La polyclinique, Bruxelles, mai 1897.

WIART. — *Trait. du varic. par les inject. de perch. de fer. Thèse doct.*, Paris, 1866.

WICKHAM. — *Thèse doct.*, Paris, 1855.

— *Union méd.*, 3 mars et 8 sept., Paris, 1887.

WORMALD. — *London Medical Gazette*, 1838, p. 194.

WIEDERHOLD. — *Deutsche medicinische Wochenschrift*, sept. 1891, p. 1669.



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.